

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE Empresa Social del Estado		
	CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES, EMPLEADOS Y TRABAJADORES SARLAFT		
	Código: MD-GG-RE-014	Versión: 001	Fecha Aprobación: 02/01/2017

Clase de Cliente: Proveedor ☒ Empleado o Trabajador ☐ F. Diligenciamiento ☐

06 | 02 | 2026
 DD MM AAAA

INFORMACIÓN GENERAL

Persona Natural (para la persona jurídica esta información será del representante Legal)

Nombres y Apellidos Completos: _MIGUEL FELIPE CONTRERAS BARRAGAN

Tipo de Documento: CC CE TI N° _5820638 Fecha de Expedición _29/12/1999_

Lugar de Nacimiento: _LIBANO (TOLIMA) Nacionalidad: _COLOMBIANO_

Dirección Residencia: _CRA 19ª # 85-70 Ciudad: _BOGOTA

N° Teléfono casa: _N° Celular: _3153826344

DETALLE DE ACTIVIDAD

Asalariado ☒ Independiente ☐ Estudiante ☐ Rentista ☐ Socio ☒ Pensionado ☐

Código de Actividad "CIU" E-mail: _gerencia@gycmedicals.com

Ocupación / Profesión: _ADMINISTRADOR DE EMPRESAS

Nombre Empresa donde Trabaja: _GYC MEDICALS_ Cargo que Desempeña: _GERENTE_

Dirección Empresa: _Calle 40 # 25-07 Ciudad: _BOGOTA

Teléfono _3153826344_ E-mail: _gerencia@gycmedicals.com

PERSONA JURÍDICA

Razón Social NIT: _GYC MEDICALS

Dirección Oficina Principal: _CALLE 40 # 25-07 Ciudad: _BOGOTÁ Teléfono: _6015314647

Dirección Oficina Sucursal: _CALLE 6 # 47-64 Ciudad: _CALI Teléfono: _6023927191

Tipo de empresa: ¿Pública Privada X Mixta Inversión extranjera OtraCuál?: _____

Código de Actividad "CIU"

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR RELACIÓN)

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO
1.MIGUEL FELIPE CONTRERAS BARRAGAN	CC _X_ CE _ TI _ NIT	5820638
2.MIGUEL DE JESUS CONTRERAS AMELL	CC _X_ CE _ TI _ NIT	19240773
3.	CC _ CE _ TI _ NIT	

INFORMACIÓN FINANCIERA

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE		
	Empresa Social del Estado		
	CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES, EMPLEADOS Y TRABAJADORES SARLAFT		
	Código: MD-GG-RE-014	Versión: 001	Fecha Aprobación: 02/01/2017

Total Activos	\$ 17.464.038.888,48	Total Pasivos	\$ 5.599.802.223,00
Ingresos Mensuales	\$ 768.077.034,08	Otros Ingresos	\$ 11.553.652,00
DESCUENTOS			Concepto: DIF EN CAMBIO, INTERESES
Egresos Mensuales	\$ 756.832.090,098	Otros Egresos	\$ 2.648.712.827
			Concepto: _____

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza Operaciones Internacionales?	SI ✖	En caso afirmativo, señale el Tipo de Operación: Importaciones __X__ Exportaciones __ Inversiones __ Prestamos __ Envío y/o Recepción de Giros __ Pago de servicios __ Transferencia __ Otros __ Cual?:	NO
---------------------------------------	----------------	---	-----------

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que, Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.) VENTA Y MENTENIMIENTO DE EQUIPOS BIOMEDICOS

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano

3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

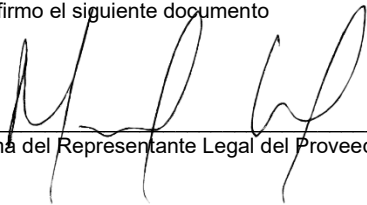
4. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo.

INFORMACIÓN BANCARIA

Entidad	Sucursal y Tel.	Tipo de Cuenta	Cuenta Número
BANCOLOMBIA	AV CHILE	CORRIENTE	06830004093

FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento


 Firma del Representante Legal del Proveedor o Empleado



VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (Espacio para la entidad)

Fecha de Verificación:

--	--	--

 Hora:

Nombre de quien verifica: _____ Cargo: _____

Resultado de la Verificación: _____

Firma: _____